IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Zdrowia**
(nr 163)
z dnia 7 kwietnia 2022 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Zdrowia (nr 163)

7 kwietnia 2022 r.

Komisja Zdrowia, obradująca pod przewodnictwem posła **Tomasza Latosa (PiS)**, przewodniczącego Komisji, i **Bolesława Piechy (PiS)**, zastępcy przewodniczącego Komisji, rozpatrzyła:

– poprawki zgłoszone w czasie drugiego czytania do projektu ustawy o Zespole Pomocy Humanitarno-Medycznej (druki nr 2132 i 2144),

– informację na temat Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

W posiedzeniu udział wzięli: **Michał Dworczyk** minister – członek Rady Ministrów, szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ze współpracownikiem, **Waldemar Kraska** sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Tomasz Hryniewiecki** pełnomocnik ministra zdrowia ds. Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, **Przemysław Mitkowski** prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, **Maria Miszczak-Knecht** konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej oraz **Dorota Ronek** sekretarz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych.

W posiedzeniu udział wzięli pracownicy Kancelarii Sejmu: **Monika Korzewicz**, **Elżbieta Przybylska** oraz **Jakub Stefański** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych; **Jakub Bennewicz** oraz **Tomasz Czech** – legislatorzy z Biura Legislacyjnego.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dzień dobry. Witam państwa bardzo na kolejnym posiedzeniu Komisji Zdrowia. Witam panie i panów posłów. Witam panów ministrów i zaproszonych gości.

Szanowni państwo, zanim przejdziemy do procedowania musimy oczywiście sprawdzić kworum, ponieważ posiedzenie jest prowadzone z wykorzystaniem środków komunikacji elektronicznej. Proszę przycisnąć dowolny przycisk. Czy mamy kworum? Mamy kworum.

Porządek dzisiejszego posiedzenia przewiduje dwa punkty. Rozpatrzenie poprawek zgłoszonych w czasie drugiego czytania do projektu ustawy o Zespole Pomocy Humanitarno-Medycznej, druki nr 2132 i 2144 oraz rozpatrzenie informacji na temat Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Czy są uwagi do porządku dziennego? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam zatem, że porządek dzienny został przyjęty. Przystępujemy do jego realizacji. Przechodzimy do punktu pierwszego.

W dniu 6 kwietnia br. na posiedzeniu plenarnym Sejmu odbyło się drugie czytanie projektu ustawy o Zespole Pomocy Humanitarno-Medycznej. W czasie drugiego czytania zgłoszono 7 poprawek. Sejm skierował ustawę z poprawkami do Komisji Zdrowia w celu przygotowania dodatkowego sprawozdania... Prosiłbym o wyciszenie mikrofonów przez osoby, które są obecne zdalnie.

Szanowni państwo, proponuję następującą procedurę. Ewentualne uzasadnienie posła, który zgłosił poprawkę, uwagi Biura Legislacyjnego, stanowisko rządu, ewentualnie jeden głos za lub przeciw poprawce i głosowanie. Czy ktoś ma uwagi do tej propozycji? Nie widzę zgłoszeń. W takim razie przechodzimy do procedowania.

Może na początek ogólne informacje. Biuro Legislacyjne, bardzo proszę.

Legislator z Biura Legislacyjnego Jakub Bennewicz:

Dziękuję bardzo. Zwracamy wagę, że przyjęcie poprawki pierwszej spowoduje bezprzedmiotowość poprawki siódmej. Łączeń nie ma, dlatego że każda z poprawek dotyczy innej kwestii. To tyle ze spraw wstępnych. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. Przechodzimy zatem do procedowania. Poprawka nr 1. Czy ktoś chce ją uzasadnić? Nie widzę zgłoszeń. Stanowisko Biura Legislacyjnego.

Legislator Jakub Bennewicz:

Chcielibyśmy zwrócić uwagę tylko na to, że ta poprawka nie jest kompletna z racji tego, że nie zawiera wszystkich konsekwencji. Brakuje konsekwencji w takich przepisach jak art. 13 ust. 1, 13 ust. 5, 15 ust. 9 i 20 ust. 3. W tych przepisach nadal występuje odniesienie się bądź do prezesa Rady Ministrów, bądź do Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, chyba wbrew intencjom twórców poprawki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Stanowisko rządu.

Minister – członek Rady Ministrów, szef Kancelarii Prezesa Rady Ministrów Michał Dworczyk:

Proponujemy odrzucić poprawkę, bo jej przyjęcie spowodowałoby de facto bezprzedmiotowość całej idei zespołu i ta funkcja koordynacyjna, która ma wpływ na prędkość działania kluczową w tego rodzaju sytuacjach, zostałaby całkowicie zatracona. A tak jak mówiliśmy, centrum rządu czy kancelaria – wynika to z praktyki ostatnich lat – odgrywa w tej prędkości podejmowania decyzji kluczową rolę. Tak więc poprawkę proponujemy odrzucić.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Przechodzimy zatem do głosowania. Kto z pań i panów posłów jest za pozytywną rekomendacją dla tej poprawki? Kto jest za poprawką? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 32 posłów: za 7, przeciw 20, wstrzymało się 5. Poprawka nie uzyskała pozytywnej rekomendacji Komisji.

Poprawka nr 2. Czy ktoś chce ją przedstawić? Nie widzę zgłoszeń. Biuro Legislacyjne proszę.

Legislator Jakub Bennewicz:

Dziękuję. Zwracamy tylko uwagę na to, że w tej poprawce jest drobny problem redakcyjno-językowy. Raczej powinno to brzmieć w taki sposób, że „prowadzi akcje transportowo-medyczne związane z zapewnieniem przewozu z terytorium innego państwa lub na to terytorium". Jest to poprawka zgłoszona w drugim czytaniu, więc nie możemy ingerować w jej treść. Ewentualnie taka zmiana mogłaby nastąpić w Senacie. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Panie mecenasie, czy w kwestiach językowych, jeżeli będzie trzeba tego typu zmiany, to państwo nie mogą dokonać korekty po przyjęciu poprawki?

Legislator Jakub Bennewicz:

Jako że jest to poprawka zgłoszona w drugim czytaniu, nie możemy ingerować w jej brzmienie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rozumiem...

Legislator Jakub Bennewicz:

..., ale zwracamy uwagę, po prostu, że...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

No, ale najwyżej zostanie z błędem językowym, ewentualnie.

Legislator Jakub Bennewicz:

Oczywiście.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Stanowisko rządu. Pan minister.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:

Poprawkę przyjąć – rekomendujemy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dobrze. Głosujemy. Kto jest za przyjęciem poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 32 posłów: za 32, nikt nie był przeciw, nikt się nie wstrzymał. Poprawka uzyskała pozytywną rekomendację Komisji.

Poprawka nr 3, Koalicji Obywatelskiej. Bardzo proszę, pan przewodniczący Miller.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, ta poprawka wyniknęła z wczorajszej dyskusji. Ponieważ analizowaliśmy zakres czynności, które te zespoły będą wykonywały, czyli również za granicą, i to że w przypadkach masowych wypadków czy klęsk będzie tam więcej zespołów, a więc będą również ludzie, którzy będą kierowali, zespół z Polski, który pojedzie, będzie musiał swobodnie porozumiewać się z pozostałymi uczestnikami takich akcji, proponujemy, żeby ministerstwo, w zależności od tego, gdzie będą przeprowadzane działania tego zespołu, było zobowiązane do tego, żeby dołączyć do zespołu tłumacza. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Stanowisko Biura Legislacyjnego.

Legislator Jakub Bennewicz:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rząd.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:

Odnośne do zasady, zgadzamy się z samą ideą, żeby poszerzyć możliwość wykorzystania osób takich jak tłumacz, a też czasem informatyk, natomiast rozmawialiśmy w różnych konfiguracjach rzeczywiście i jakby ten konkretny zapis w naszym przypadku nie spełnia tych warunków, czyli właśnie takiego pewnego uelastycznienia wykorzystania tych ekspertów, tak to nazwijmy, w pracach zespołu. Tu zadeklarowaliśmy i ja powtórzę to w obecności Komisji, że jesteśmy gotowi na poziomie Senatu przyjąć wypracowaną wcześniej z dyrektorem Biura Prawnego KPRM taką poprawkę, która skonsumuje potrzebę słusznie wskazaną przez państwa parlamentarzystów. Chodzi po prostu o ten konkretny zapis. Rekomendujemy więc, żeby na tym etapie poprawkę odrzucić, a w Senacie jesteśmy gotowi do wspólnej redakcji i przyjęcia takiej poprawki. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Bardzo dziękuję. W takim razie przechodzimy do głosowania. Kto jest za poprawką? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 36 posłów: za 15, przeciw 21, nikt się nie wstrzymał. Poprawka nie uzyskała pozytywnej rekomendacji Komisji.

Poprawka czwarta. Koalicja Obywatelska. Pan przewodniczący Miller, bardzo proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):

Panie przewodniczący, szanowni państwo, poprawka również po wczorajszej dyskusji. Ponieważ do pierwotnego projektu ustawy było wpisane lakoniczne określenie „ratownicy", a nie byliśmy pewni, czy ratownicy w zakresie ratownictwa górskiego, wodnego są również po ukończeniu tego kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy, po prostu uściśliliśmy wymagania, że ten ratownik niemedyczny, tylko z innego zakresu, musi mieć ukończony kurs kwalifikowanej pierwszej pomocy. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Stanowisko Biura Legislacyjnego.

Legislator Jakub Bennewicz:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Rząd.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:
Rekomendujemy przyjęcie tej poprawki.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dziękuję bardzo. Przechodzimy zatem do głosowania. Kto jest za przyjęciem poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 34 posłów: za 34, nikt nie był przeciw, nikt się nie wstrzymał. Poprawka uzyskała pozytywną rekomendację Komisji.

Poprawka piąta, Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość. Stanowisko Biura Legislacyjnego, proszę.

Legislator Jakub Bennewicz:
Tu również występują drobne problemy redakcyjne, ale bez poważniejszych konsekwencji.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dziękuję. Stanowisko rządu.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:
Jesteśmy za.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Przechodzimy do głosowania. Kto jest za? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 35 posłów: za 33, nikt nie był przeciw, 2 osoby się wstrzymały. Poprawka uzyskała pozytywną rekomendację Komisji.

Poprawka szósta, Klubu Parlamentarnego Koalicja Obywatelska. Pan przewodniczący Miller, proszę.

Poseł Rajmund Miller (KO):
Panie przewodniczący, szanowni państwo, ta poprawka jest konsekwencją poprzedniej poprawki. Ponieważ ustawa nie byłaby pełna, gdybyśmy w jednym artykule zawarli tę konieczność szkolenia kwalifikowanej pierwszej pomocy, jest to uzupełnienie całości ustawy.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dziękuję bardzo. Biuro Legislacyjne.

Legislator Jakub Bennewicz:
Bez uwag.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Rząd.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:
Ja podobnie jak z tamtą, deklaruję, że możemy popracować nad tym na poziomie Senatu. Natomiast teraz rekomendujemy odrzucenie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dobrze. Mam tylko pytanie. Czy nie będzie tutaj żadnego konfliktu, jeżeli chodzi o zapisy w stosunku do przyjętej już przed chwilą zmiany o tej kwalifikowanej pomocy?

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:
Nie, nie...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Nie będzie.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:
To są dwie zupełnie różne materie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):
Dobrze. Jasne. Bardzo dziękuję za informację. W takim razie przechodzimy do głosowania.

Kto jest za przyjęciem poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 35 posłów: za 14, przeciw 21, nikt się nie wstrzymał. Poprawka nie uzyskała pozytywnej rekomendacji Komisji.

Poprawka nr 7, Klubu Parlamentarnego Prawo i Sprawiedliwość. Stanowisko Biura Legislacyjnego.

Legislator Jakub Bennewicz:

Bez uwag.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Rząd.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:

Jesteśmy za.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Przechodzimy do głosowania. Kto jest za przyjęciem poprawki? Kto jest przeciw? Kto się wstrzymał? Proszę o podanie wyników.

Głosowało 36 posłów: za 34, nikt nie był przeciw, wstrzymały się 2 osoby. Stwierdzam, że Komisja wydała pozytywną rekomendację dla tej poprawki.

Szanowni państwo, rozpatrzyliśmy poprawki zgłoszone w drugim czytaniu. Pozostaje nam wybór posła sprawozdawcy. Proponuję, aby w dalszym ciągu była to pani poseł Anna Kwiecień. Czy pani poseł wyraża zgodę?

Poseł Anna Kwiecień (PiS):

Tak, wyrażam zgodę.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Czy są inne propozycje? Nie widzę zgłoszeń.

Czy ktoś jest przeciwny wobec propozycji, aby pani poseł Kwiecień była sprawozdawcą Komisji? Nie widzę zgłoszeń. Stwierdzam, że pani poseł została sprawozdawcą Komisji. Dziękuję bardzo. Zakończyliśmy rozpatrywanie pierwszego punktu. Przejdziemy teraz do drugiego.

Minister – członek Rady Ministrów, szef KPRM Michał Dworczyk:

Dziękuję bardzo. Do widzenia.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję. Trzy minuty technicznej przerwy. Dziękuję.

Przechodzimy do realizacji punktu drugiego dzisiejszego posiedzenia Komisji. Proszę panie i panów posłów oraz zaproszonych gości o zajęcie miejsc. Pani poseł, niech pani usiądzie albo wyjdzie.

Rozpatrzenie informacji na temat Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, przedstawia minister zdrowia. Bardzo proszę, pan minister Kraska. Rozumiem, że być może później również pan profesor. Proszę bardzo.

Sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia Waldemar Kraska:

Dziękuję. Panie przewodniczący, szanowna Komisjo, rzeczywiście dzisiejszy temat posiedzenia Komisji jest bardzo ważny. Mówimy o chorobach niezakaźnych, w tym chorobach układu krążenia, a także nowotworach, otyłości, przewlekłych chorobach układu oddechowego czy też cukrzycy, które są główną przyczyną niepełnosprawności i problemów zdrowotnych, a także przedwczesnych zgonów i odpowiadają za ponad 80% zgonów w Unii Europejskiej. Rocznie z powodu tych chorób w Unii Europejskiej umiera 550 tys. osób w wieku produkcyjnym. Te choroby niezakaźne pochłaniają także większość budżetów, które są przeznaczane na opiekę zdrowotną.

Jeżeli chodzi o nasz kraj, w 2019 r., zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych, 91% wszystkich zgonów to były zgony spowodowane chorobami niezakaźnymi. Głównymi przyczynami zgonów w naszym kraju są dwa schorzenia. Właśnie choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Najczęstszą przyczyną zgonów wśród chorób układu krążenia są choroby serca. Drugą grupą, z powodu której umierają Polacy,

są choroby naczyń mózgowych. Populacja polska w porównaniu z populacją europejską charakteryzuje się prawie dwukrotnie większą umieralnością z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz półtora razy większą umieralnością z powodu udaru mózgu.

Nadciśnienie tętnicze, palenie tytoniu, zaburzenia lipidowe oraz otyłość i cukrzyca stanowią te główne czynniki ryzyka choroby układu krążenia, a ich rozpowszechnienie w naszym kraju jest dość znaczące. Czynniki ryzyka odpowiadają w Rzeczypospolitej Polskiej za utratę 35,8 lat przeżywanych w zdrowiu, które stanowią sumę liczby utraconych lat z powodu przedwczesnego zgonu oraz liczby lat przeżytych z niepełnosprawnością. To jest 43% dla mężczyzn i 27% dla kobiet.

Mając na uwadze wysokie współczynniki zgonów z powodu chorób układu krążenia możliwych do uniknięcia i możliwych do skutecznego leczenia, należy wskazać za słuszną potrzebę zintegrowania szerokich działań medycyny naprawczej i zdrowia publicznego. W Rzeczypospolitej Polskiej od wielu lat podejmowane są działania mające na celu ograniczenie epidemii chorób układu krążenia. W ciągu ostatnich 20 lat te działania znacznie się nasiliły. Zgodnie z mapami potrzeb zdrowotnych w latach 2018-2019 było realizowanych 20 programów profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego.

Rada Ministrów uchwaliła projekt Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Jest to program wieloletni. Przygotowany jest we współpracy z Narodowym Instytutem Kardiologii im. Stanisława Kardynała Wyszyńskiego – Państwowym Instytutem Badawczym w Aninie. To jest powołane przez rozporządzenie Rady Ministrów z 17 października 2019 r. W tym rozporządzeniu powierzono instytutowi współpracę i monitorowanie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Obecnie program oczekuje na wpis do prac legislacyjnych i programowych Rady Ministrów.

Jeżeli spojrzymy na obszary i cele Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, jest to kompleksowa strategia kardiologiczna. Ma ona zapewnić obywatelom równy i adekwatny dostęp do świadczeń zdrowotnych poprzez przyjazny, nowoczesny i efektywny system ochrony zdrowia. Efektem relacji programu ma być wydłużenie życia i poprawa stanu zdrowia Polaków.

W ramach programu zaproponowano skupienie wysiłków w pięciu głównych obszarach kluczowych dla uzyskania efektu synergii oraz poprawy wskaźników epidemiologicznych w Polsce. Po pierwsze, inwestycje w pacjenta; kadry, edukację, profilaktykę i styl życia; naukę i innowacje oraz w system opieki kardiologicznej. Celami nadrzędnymi Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 jest, po pierwsze, obniżenie zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia, głównie mężczyzn, bo ta nadumieralność jest bardzo duża, szczególnie w wieku produkcyjnym, czyli od 25 do 60 r.ż. oraz zbliżenie wskaźników stanu zdrowia, czyli długości trwania życia, liczby zgonów oraz chorobowości do średnich wskaźników Unii Europejskiej.

Następnym ważnym zadaniem jest zmniejszenie różnic regionalnych zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia. To oczywiście będzie związane i z dostępnością, i z programem profilaktyki. Chcemy, aby w każdym miejscu w naszym kraju ta dostępność była taka sama, jak to jest na przykład w dużych miastach czy też w ośrodkach wiejskich. Chcemy, aby te różnice zostały zlikwidowane.

Także zredukujemy poziom klasycznych czynników ryzyka w populacji z uwzględnieniem społeczno-ekonomicznych nierówności w zdrowiu. Chcemy także bardziej zintensyfikować badania naukowe w kardiologii i zwiększyć potencjał badań naukowych i projektów innowacyjnych.

Oczywiście program ten jest finansowany. Przewidujemy nakłady z budżetu państwa na realizację programu w danym roku nie wyższe niż 270 mln zł. To oczywiście w tej chwili jest projekt, więc jego ostateczne brzmienie i wielkość tych nakładów mogą ulec zmianie, także w trakcie prac międzyresortowych i konsultacji publicznych.

Zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia z 27 stycznia 2022 ustanowiono pełnomocnika ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Jest tu obecny pan profesor Tomasz Hryniewiecki, który tym pełnomocnikiem został. Do zadań tego pełnomocnika należy ocena prowadzonych działań w zakresie chorób układu krążenia w Polsce, przygotowanie i koordynacja oraz wdrożenie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, monitorowanie efektów

realizacji programu, w tym realizacji Krajowej Sieci Kardiologicznej, która jest bardzo ważna i wpisuje się w ten Narodowy Program Chorób Układu Krążenia. Co istotne, pełnomocnik wykonuje zadania we współpracy z jednostkami zaangażowanymi w realizację zadań z zakresu chorób układu krążenia, w tym podległymi lub nadzorowanymi przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Panie przewodniczący, jeżeli pan pozwoli, pan profesor Hryniewiecki uzupełniłby jeszcze moje wystąpienie.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Jak najbardziej, zapraszamy. Prosimy pan profesora o wypowiedź. Proszę uprzejmie.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Tomasz Hryniewiecki:

Bardzo dziękuję. Ja bardzo się cieszę, że jesteśmy bardzo blisko przyjęcia Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia. Jest to niesłychanie istotny program dla polskich pacjentów. Przypominam historycznie, 20 lat temu był przyjęty i rozpoczął się program POLKARD, program profilaktyki i prewencji chorób układu krążenia bardzo dobrze oceniany przez środowisko kardiologiczne. Między innymi pan profesor Tomasz Zdrojewski uczestniczył w przygotowaniu realizacji tego programu. Ten program był oparty na działaniach w zakresie inwestycji w ochronę zdrowia i wtedy to było szczególnie istotne, ale bardzo istotną jego częścią były zadania profilaktyczne, prewencyjne. To jest niesłychanie ważne i po ponad 20 latach jeszcze ważniejsze, ponieważ możliwości medycyny tak zwanej naprawczej zbliżają się do końca. Musimy znacznie więcej działań i wysiłków poświęcić w zakresie zdrowia publicznego, profilaktyki, prewencji, zmiany stylu życia.

Program POLKARD, tak jak mówiłem, bardzo dobrze oceniany w przeszłości, w ostatnich latach był już tylko cieniem swojej świetności i był ograniczony w zasadzie do działań inwestycyjnych. Ostatecznie zakończył się z dniem 31 grudnia ub.r., więc przyjęcie teraz tego programu nowego, Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia jest szczególnie istotne i pilne.

Prace nad przygotowaniem programu rozpoczęliśmy w Narodowym Instytucie Kardiologii ponad 2 lata temu. Te zresztą były związane z przyznaniem instytutowi statusu państwowego instytutu badawczego i w zakresie obowiązków tego instytutu powierzenie przygotowania programu i nadzorowania jego realizacji.

Przypominam też, że prawie rok temu powołana została Krajowa Rada do spraw Kardiologii, która grupuje ekspertów z zakresu kardiologii, chorób układu krążenia, bo tutaj mówimy szerzej, nie tylko o kardiologii, ale o działach pokrewnych medycyny związanych z układem krążenia. Ta rada zaczęła swoje działanie w maju zeszłego roku. Główny obszar zadań to było opiniowanie i nadzorowanie prac związanych z wprowadzeniem Krajowej Sieci Kardiologicznej, ale również Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia.

W ciągu tych wielu miesięcy pracy udało się, mam nadzieję, przygotować program, który podkreśla znaczenie zdrowia publicznego i nakierowany jest właśnie na tego rodzaju działania. Te działania są zaplanowane na 10 lat, bo żeby one były skuteczne, muszą być wieloletnie, konsekwentne i niezmienne w swoich założeniach. Tego nam bardzo potrzeba. Oczywiście równolegle będą działania podtrzymujące potencjał kardiologii polskiej, a więc również działania inwestycyjne – odtworzenie sprzętu, działania związane z wprowadzeniem najnowszych technologii, metod leczenia w zakresie chorób układu krążenia.

Cieszę się, że ten program będzie wkrótce przyjęty również dlatego, że kardiolodzy z zazdrością patrzyli na środowisko onkologów, które już taki strategiczny program dotyczący leczenia chorób nowotworowych ma zaakceptowany i już ten program realizuje, co oczywiście jest bardzo istotne. Jednak w dalszym ciągu przypominam, o czym mówił już pan minister Kraska, że choroby układu krążenia w Polsce niestety są na pierwszym miejscu, jeśli chodzi o przyczyny zgonów, czym odróżniamy się od krajów Europy Zachodniej. Dlaczego tak jest? No właśnie my nie wykonaliśmy tej pracy w ciągu ostatnich wielu lat, zwłaszcza z zakresu profilaktyki, prewencji, czyli szeroko pojętego zdrowia publicznego, a więc dalej jesteśmy postrzegani jako kraj wysokiego ryzyka

sercowo-naczyniowego. Musimy to zmienić jak najszybciej i musimy spowodować, że choroby układu krążenia przesuną się dalej w tej złej statystyce.

To oczywiście są działania mniej spektakularne i mniej chętnie przyjmowane zarówno przez pacjentów, jak i przyszłych pacjentów, ale również pracowników ochrony zdrowia. Zadania żmudne, wymagające konsekwentnych, długofalowych działań.

W uzupełnieniu tego, co mówił pan minister Kraska, bo pan minister przedstawił te główne, strategiczne zadania, ja chciałbym jeszcze przedstawić cele bardziej szczegółowe, do których należy zwiększenie częstości korzystania z badań profilaktycznych przesiewowych i poprawa tych badań, tj. oczywiście badań w obszarze chorób układu krążenia. Z tym jest od lat problem, bo nawet jeśli mamy dobrze zaprojektowane badania, to pacjenci są mało zainteresowani, żeby z nich korzystać. Musimy poprawić koordynację opieki nad pacjentem kardiologicznym na całej tak zwanej ścieżce pacjenta, co brzydko brzmi, ale chodzi po prostu o to, żeby pacjent wiedział, gdzie ma się poruszać i z jakiego do jakiego ośrodka, od jakiego do jakiego lekarza będzie musiał być skierowany.

Kolejny punkt to jest modernizacja infrastruktury i wyposażenie podmiotów leczniczych zajmujących się diagnostyką i leczeniem pacjentów z chorobami układu krążenia. Tak jak już mówiłem, mamy wiele ośrodków na bardzo wysokim poziomie, natomiast oczywiście technologia idzie do przodu, sprzęt się starzeje, jest więc konieczne odtworzenie tych możliwości technicznych.

Kolejny punkt: dostosowanie struktury kadry medycznej do lepszego zaspokajania potrzeb pacjentów w obszarze kardiologii. Oczywiście z kadrą medyczną mamy problem w całej medycynie. Tutaj ta kadra jest szczególnie wysoko wykwalifikowana, a więc chodzi o to, aby ją odpowiednio wykorzystać. Dam taki przykład. Mamy już średnią europejską, jeśli chodzi o liczbę specjalistów kardiologów. Cóż z tego? Nie przekłada się to na zmniejszenie kolejek do kardiologa, do poradni specjalistycznej. Dlaczego? Dlatego że kardiolodzy w Polsce zajmują się kontynuacją leczenia, przepisywaniem kolejnych recept u pacjentów w stanie stabilnym, a powinni pełnić bardziej funkcję konsultantów, którzy stawiają pierwsze rozpoznanie, proponują leczenie, uczestniczą w najbardziej zaawansowanym i skomplikowanym leczeniu, ale potem już kierują pacjentów do niższych szczebli ochrony zdrowia, na przykład do lekarzy rodzinnych, gdzie ta opieka może być kontynuowana, oczywiście w sposób bezpieczny, a więc w stałym kontakcie, możliwości ponownego skierowania do ośrodka specjalistycznego. To taki bardzo istotny przykład. Zresztą za chwilę też będę o tym mówił, o kolejnych działaniach, które to mają poprawić.

Poprawa świadomości dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w zakresie wpływu postaw i zachowań na choroby układu krążenia. Z tym jest ogromny problem i to mówią badania epidemiologiczne. Nie myślimy o zdrowym stylu życia i to dotyczy nie tylko dorosłych, ale już dzieci. W otyłości dzieci i młodzieży gonimy absolutną czołówkę europejską. Tutaj potrzebne są działania bardzo szybkie, bo to rzeczywiście już jest epidemia.

Kolejny punkt to jest wsparcie i rozwój badań naukowych w kardiologii i dziedzinach pokrewnych oraz wypracowanie zmian w organizacji badań przesiewowych. No właśnie, żeby medycyna była na najwyższym poziomie konieczne są badania naukowe. Konieczne są badania naukowe prowadzone w kontakcie z najlepszymi ośrodkami światowymi. My to już w tej chwili zapewniamy. Chodzi o to, żeby ten kontakt, ta wymiana z najlepszymi ośrodkami była podtrzymana i rozwijana i dotyczyła coraz większej liczby ośrodków.

Jeśli chodzi o szczegółowe obszary inwestycji w ramach Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, te obszary przedstawił pan minister. Ja nie będę tego tutaj powtarzał, ale chciałbym trochę uzupełnić, jeśli chodzi o tych pięć obszarów.

Inwestycja w kadry. To jest to, co zacząłem mówić. Powinno nastąpić dopasowanie struktury kadry medycznej do potrzeb pacjentów i dostępności kadry medycznej z wykorzystaniem również wszystkich najnowocześniejszych metod. Mamy tutaj na myśli chociażby telemedycynę. Ona w kardiologii ma bardzo wiele do zaoferowania, oczywiście pod warunkiem, że odpowiednio jest przygotowana i wykonywana przez doświadczone ośrodki. Mam na myśli chociażby monitorowanie urządzeń wszczepialnych i wysokoenergetycznych, monitorowanie pacjentów po przeszczepieniu serca, z mechanicznym wspomaganiem krążenia. Tych pacjentów jest coraz więcej. To są bardzo skomplikowane przypadki. Bez tego rodzaju monitorowania, bez tego rodzaju systemu

opieki, który oczywiście już działa w wielu ośrodkach, chociażby w Narodowym Instytucie Kardiologii, nie poradzimy sobie z coraz większą liczbą pacjentów leczonych z użyciem najnowszych i najbardziej skomplikowanych technologii.

Do poprawy tego stanu kadr medycznych, specjalistycznych, potrzebne są również metody dydaktyczne, a więc centra symulacji medycznej. To one są bardziej zaawansowane niż te centra, które są w uczelniach medycznych. One dotyczą chociażby dość inwazyjnych procedur kardiologicznych z zakresu chorób układu krążenia, które mogą być niebezpieczne dla pacjentów i powinny być uczone w centrach symulacji. Mam tu na myśli badanie z zakresu kardiologii interwencyjnej, elektrofizjologii, ale również diagnostyki bardziej inwazyjnej, jak na przykład echo przezprzełykowe. My takie pierwsze centra już tworzymy. Chodzi o to, żeby dostęp do tego był szeroki.

Dzięki tym działaniom zakładamy, że zwiększymy umiejętności lekarzy specjalistów, ale nie tylko, również młodych lekarzy, studentów, również w zakresie promocji zdrowia, prewencji, profilaktyki kardiologicznej. Oni muszą wiedzieć, że te działania są tak samo ważne albo ważniejsze niż działania terapeutyczne w zakresie tak zwanej medycyny naprawczej. Muszą być już do tego przygotowani, że bez z tych działań nie osiągniemy istotnej poprawy w zakresie chorób układu krążenia. Tak więc te szkolenia, od szkolenia przeddyplomowego, po szkolenie podyplomowe, muszą być zupełnie zmienione, rozszerzone, z akcentem położonym na zasady profilaktyki prewencji, ale też z wykorzystaniem nowoczesnych metod kształcenia kadr medycznych, kształcenia podyplomowego.

W kolejnym obszarze – inwestycje w edukację, profilaktykę i styl życia. Tutaj chciałbym zwrócić uwagę na takie działania jak poprawa świadomości pacjentów, poprawa świadomości dzieci i młodzieży w zakresie postaw zdrowotnych. Tu znowu, te działania już w tej chwili są prowadzone, ale w sposób dość nieskoordynowany. Efekty, wykorzystanie jest mocno ograniczone... Tutaj konieczne są dobrze zaprogramowane działania i zaplanowane, tak jak już mówiłem, na wiele lat.

Oczywiście planujemy również wdrożenie odpowiednich regulacji prawnych, które będą wspierały zdrowe odżywianie. Również będą wspierały profilaktykę antytytoniową szeroko pojętą, uwzględniającą również nowe urządzenia czy też nowe formy wykorzystywania tytoniu. Zakładamy, że dzięki tym działaniom ograniczymy odsetek dzieci z nadmierną masą ciała, również dorosłych, i zwiększymy odsetek osób niepalących. Planujemy również ograniczenie spożycia alkoholu i zmniejszenie odsetka osób z nierozpoznanym nadciśnieniem tętniczym. To są te tak zwane modyfikowalne czynniki ryzyka, na które możemy i musimy wpływać, i te działania właśnie zaplanowane są w tym projekcie.

W kolejnym obszarze tych głównych celów strategicznych, czyli inwestycji w pacjenta, przewidujemy zwiększenie świadomości pacjenta za swoje zdrowia, zwiększenie odpowiedzialności za styl życia. Planujemy zmianę tworzenia i prowadzenia badań przesiewowych tak, żeby zwiększyć wykorzystanie tych badań wśród pacjentów, a również zwiększyć zaangażowanie personelu medycznego szeroko, nie tylko ośrodków specjalistycznych, ale podstawowej opieki zdrowotnej, może medycyny pracy, wykorzystanie powiatowych stacji sanitarno-epidemicznych, które jako centra zdrowia publicznego, centra profilaktyki, mogłyby koordynować i prowadzić tego rodzaju działania. Ta koordynacja tych działań na poziomie niskim, na poziomie lokalnym, powiatowym, jest niesłychanie istotna, bo zakładamy, że znacznie zwiększy skuteczność tego rodzaju postępowania.

Pacjenci z wysokim i bardzo wysokim ryzykiem muszą mieć specjalnie zaplanowaną opiekę. Muszą być poddawani szczególnym zabiegom terapeutycznym i profilaktycznym, i to również przewidujemy. Zakładamy, że dzięki wprowadzeniu tych metod zwiększymy częstość wykrywania niektórych chorób możliwych do wyleczenia wcześniej, jak choćby tętniaków aorty brzusznej, piersiowej, piersiowo-brzusznej, wykrywania niektórych chorób genetycznie uwarunkowanych, których wczesne leczenie może zapobiegać ciężkim powikłaniom lub nagłemu zgonowi.

Szczególnie chcemy zwrócić uwagę na poprawienie skuteczności leczenia zaburzeń lipidowych, hipercholesterolemii, zwłaszcza hipercholesterolemii rodzinnej. Tutaj wyniki

w Polsce są naprawdę niedostateczne. Wprowadzamy nowe leki, ale wykorzystanie nawet leków podstawowych, powszechnie uznanych, jeśli chodzi o ich skuteczność, jest absolutnie niewystarczające. Chcemy utworzyć odpowiednie centra zajmujące się leczeniem pacjentów o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym, bo tutaj mówimy znowu szeroko nie tylko o pacjentach chorych na serce, ale na wszystkie choroby układu sercowo-naczyniowego, bo to jest wspólny czynnik ryzyka i te ośrodki będą zajmować się leczeniem tych pacjentów z wykorzystaniem wszystkich możliwych środków, również najbardziej zaawansowanych, skomplikowanych leków czy też zabiegów.

Takie centra leczenia zapobiegawczego, profilaktycznego, muszą objąć również wczesne rozpoznawanie i leczenie cukrzycy, no i nadciśnienia tętniczego, jak mówiłem. Czyli te wszystkie modyfikowalne czynniki chorób układu krążenia, na które możemy wpływać i których kontrola istotnie zmieni historię naturalną wielu pacjentów.

W kolejnej strategicznej grupie działań, czyli jeśli chodzi o inwestycje w naukę i innowacje, przewidujemy zwiększenie udziału pacjentów z chorobami układu krążenia w badaniach klinicznych. Już zostały utworzone liczne centra wsparcia badań klinicznych. Między innymi takie centrum jest w Narodowym Instytucie Kardiologii. Chodzi o to, żeby więcej tego rodzaju badań było wykonywanych w Polsce, więcej pacjentów było do tych badań włączanych. Dzięki temu więcej nowoczesnych, innowacyjnych metod leczenia będziemy mogli szybciej zaproponować naszym pacjentom.

Chcemy poprawić organizację systemu badań naukowych w kardiologii. Tutaj szczególnie chciałbym podkreślić znaczenie badań epidemiologicznych w chorobach układu krążenia. Zwracam uwagę na badanie WOBASZ – wieloośrodkowe badanie zdrowia populacji polskiej, jeśli chodzi o choroby układu krążenia. Prawie 20 lat temu takie badanie było zainicjowane w Instytucie Kardiologii przez śp. profesora Stefana Rywika. Kolejna edycja była prawie 10 lat temu. Kolejna edycja tego badania jest przygotowywana w tej chwili w Narodowym Instytucie Kardiologii. Jest ona niezbędna, żeby mieć aktualną ocenę stanu polskiego społeczeństwa, jeśli chodzi o zagrożenie chorobami układu krążenia po to, żeby zobaczyć i dokładnie ukierunkować szczegółowe działania Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia w kolejnych latach, a potem, żeby monitorować skuteczność działań podejmowanych w ramach tego programu. To działanie chcemy zainicjować już w tym roku. Jest ono priorytetowe, no bo musi być zaproponowane na samym początku projektu.

Oczekujemy, że te działania w tym obszarze zwiększą udział pacjentów w badaniach klinicznych również wczesnych faz w Polsce, zwiększą liczbę badań klinicznych w populacji najbardziej zagrożonej, czyli że zbliżymy się do tego, co jest w Europie Zachodniej. Zwiększą się również niekomercyjne badania kliniczne, których dotychczas w ogóle było dosyć mało, a są szczególnie istotne dla pacjentów, bo mogą wskazywać i badać szczególne możliwości terapii stosowanych w Polsce, w stosunku do polskich pacjentów.

Chcemy wprowadzić rozwiązania legislacyjne dotyczące prowadzenia badań genetycznych i biobankowania. Taki pierwszy biobank dotyczący pacjentów z chorobami układu krążenia tworzony jest właśnie w Narodowym Instytucie Kardiologii. Jeśli chodzi o rozwój tych badań genetycznych – tutaj znowu idziemy trochę tą ścieżką onkologiczną – jesteśmy mocno w tyle, ale to jest również przyszłość chorób układu krążenia. Tutaj ten rozwój, te inwestycje, są również niesłychanie istotne.

Ponieważ mówimy o coraz większej liczbie bardzo specjalistycznych, wąsko specjalistycznych badań z pogranicza różnych specjalności: kardiologii, kardiochirurgii, angiologii, genetyki klinicznej, obrazowania, to wydaje się, że niezbędne jest tworzenie centrów doskonałości kardiologicznej, które będą na najwyższym poziomie, w kontakcie z najlepszymi ośrodkami naukowymi światowymi, proponowały tego rodzaju działania i wprowadzały szybko innowacyjne procedury i technologie medyczne do codziennej praktyki lekarskiej. Chcemy zwiększyć dostępność terapii medycznych, terapii farmakologicznych, ale terapii sprzętowych refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla polskich pacjentów. Mamy sporo takich nowych terapii, z których na razie polscy pacjenci nie mogą korzystać, a są one już dostępne w Europie Zachodniej. Tę sytuację też chcemy szybko poprawić.

Będziemy też szerzej realizować różne zadania, projekty badawcze, projekty badawczo-naukowe z zakresu edukacji, profilaktyki i prewencji. To znowu coś, co było mniej doceniane, ale tak jak już mówiłem, jest niesłychanie istotne już teraz i w przyszłości.

I wreszcie ten ostatni punkt strategiczny to działanie strategiczne, o którym mówił pan minister, czyli inwestycje w system opieki kardiologicznej. Tutaj również niesłychanie istotne działania, które mają zmienić w ogóle podejście do pacjentów, bardziej postawić na tak zwaną koordynowaną opiekę kardiologiczną, a więc coś, co jest sprawdzane i testowane, a też skutecznie prowadzone w różnych działach medycyny w Polsce i na świecie. Chcemy taki system w kardiologii zaproponować właśnie po to, żeby lepiej wykorzystać specjalistów kardiologów, żeby szybciej pacjenci wymagający specjalistycznej diagnostyki i leczenia na najwyższym poziomie mogli trafiać do specjalistów.

No i chociaż to jest zawarte w tym piątym punkcie Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia, to te działania już się toczą. One są zaproponowane w ramach pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej. Tak jak mówiłem, te działania zostały zainicjowane na wiosnę zeszłego roku, po tej fazie działań przygotowujących, opracowaniu ścieżek pacjenta. Na razie w czterech wybranych obszarach rozpoznań kardiologicznych rozpoczęliśmy włączanie, kierowanie pacjentów. W tej chwili już ponad 700 pacjentów zostało włączonych do tego programu.

Na razie to jest pilotaż tylko w województwie mazowieckim. Pierwotnie w ocenie skutków regulacji było zaplanowane, że kolejne dwa województwa będą dołączane. Być może, jeśli okaże się, że ten projekt jest dobrze realizowany i dobrze oceniany będzie można myśleć o przyspieszeniu tych działań.

Sensem tego projektu jest zaproponowanie lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej czy też lekarzom z poradni bardziej peryferyjnych, również specjalistycznych, ale oddalonych od tych najlepszych ośrodków, możliwości szybkiego, w ciągu miesiąca skonsultowania z ośrodkiem specjalistycznym. Już po tym miesiącu można powiedzieć, czy pacjent wymaga dalszej diagnostyki, czy może być odesłany do lekarza kierującego. A jeśli wymaga dalszej diagnostyki to on już będzie pokierowany do najlepszego ośrodka, który w danym obszarze może zaproponować tę pomoc. Po zakończeniu procesu leczenia warunkiem powodzenia całego systemu jest oczywiście odesłanie pacjenta z powrotem do lekarza kierującego, lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Oczywiście inaczej nie moglibyśmy udrożnić tych poradni kardiologicznych i nie moglibyśmy oferować pomocy kolejnym pacjentom. Tak więc, jeśli chodzi o ten system opieki, tak jak powiedziałem, już rozpoczęliśmy testowanie. Już kończę...

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Nie będziemy mieli o co pytać za chwilę, panie profesorze.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Tomasz Hryniewiecki:

Rzeczywiście bardzo obszerny jest ten problem. W końcu to 10 lat i mnóstwo różnych potrzeb tego systemu. To, że tak szczegółowo to omawiam i jest tyle różnych obszarów, pokazuje, że jednak staraliśmy się podejść do tego bardzo kompleksowo i myśleć o tym, co już będzie przydatne w kolejnych latach, a nie tylko teraz, doraźnie reagować na te potrzeby.

Oczywiście, tak jak mówiłem, te potrzeby już były w kardiologii. Teraz oczywiście zakładamy, że mogą być jeszcze większe w tym okresie postpandemicznym, bo o tym długu zdrowotnym mówimy. Tak więc to wszystko, cały ten program jest odpowiedzią właśnie na to.

No to skracając, podziękuję wszystkim, którzy uczestniczyli w przygotowaniu projektu. Szczególnie pracownikom Narodowego Instytutu Kardiologii, tak jak mówiłem, bo od paru lat te działania prowadziliśmy, ale i członkom Krajowej Rady do spraw Kardiologii. Szczególnie chcę tutaj wspomnieć śp. pana profesora Mariana Zembalę, który był członkiem tej rady, bardzo nas wspierał w tych działaniach i bardzo popierał wprowadzenie tego programu oraz Krajowej Sieci Kardiologicznej. Bardzo też dziękuję Ministerstwu Zdrowia, bo te działania przygotowujące cały ten proces legislacyjny oczywiście nie byłyby możliwe bez wsparcia, zwłaszcza pana ministra Kraski i pana dyrektora Poznańskiego. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Tomasz Latos (PiS):

Dziękuję bardzo. Pan profesor rzeczywiście... Powiem tak. Mam doświadczenie wieloletnie z Komisji, więc muszę powiedzieć, że aż tak szerokie wprowadzenia nie były... Gratuluję. Dziękuję bardzo za wnikliwe informacje. Od razu też wyjaśniam pustki tutaj na sali. To nie z tego powodu, że pan profesor tak długo przedstawiał ten program, tylko posłowie mają też inne posiedzenia Komisji i są zdalnie połączeni. Niektórzy od samego początku posiedzenia Komisji są zdalnie połączeni. To tytułem wyjaśnienia nieobecności czy niskiej frekwencji na sali, która jest bogata w Internecie.

Szanowni państwo, są też już pierwsze zgłoszenia do dyskusji. Ja proponuję, żebyśmy tak jak przy tego typu tematach merytorycznych, rozmawiali wspólnie bez podziału na posłów i ekspertów czy zaproszonych gości. Chciałbym więc teraz oddać panu profesorowi Mitkowskiemu, prezesowi Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Zgłosili się później także pan poseł Maksymowicz, pan poseł Hardie-Douglas i pan przewodniczący Hoc. Pan profesor, bardzo proszę.

Prezes Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego Przemysław Mitkowski:

Bardzo dziękuję. Panie przewodniczący, panie posłanki, panowie posłowie, panowie ministrowie, szanowni państwo myślę, że nikt z nas nie może kwestionować konieczności wprowadzenia kompleksowego Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032. Przesłanki związane z sytuacją demograficzną, epidemiczną chorób układu krążenia, nadumieralnością osób poniżej 65 r.ż. oraz skracaniem życia, sprawności, są bardzo istotnym problemem.

W ubiegłym roku Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne opublikowało nowe zalecenia dotyczące profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego i zmieniono klasyfikację państw wchodzących w skład europejskiego towarzystwa z tych o niskim ryzyku i wysokim ryzyku na cztery kategorie: niskie, pośrednie, wysokie i bardzo wysokie. Polska, niestety, w dalszym ciągu jest w grupie państw o wysokim ryzyku sercowo-naczyniowym. Co to znaczy? To, że uwzględniając wiek, płeć, palenie papierosów, wartość ciśnienia tętniczego i cholesterol, przy takich samych wartościach tych czynników ryzyka, w porównaniu z krajami z niskim czy pośrednim ryzykiem, mamy o 30% wyższe ryzyko zachowania na objawową chorobę układu sercowo-naczyniowego i część z tych przypadków może być zakończona zgonem.

Kwota planowana w programie, która wstępnie ma wynosić 270 mln, jest kwotą ogromną i muszę państwu powiedzieć, że wtedy, kiedy realizowane były zadania w ramach programu POLKARD, roczne nakłady tego programu nie sięgały nawet 50% tej kwoty. Niepokoi może tylko jedno sformułowanie „do kwoty 270 mln". Ja myślę, że ta kwota powinna być już zagwarantowana, a w przypadku niewykorzystania jej w danym roku kalendarzowym przełożona na rok następny. Myślę też, że kwota, która zostanie podana, powinna być również waloryzowana. Oczywiście w momencie, kiedy powstawał projekt tego programu, to był koniec ubiegłego roku, wiele się zmieniło w Polsce i na świecie, i nikt takiego rozwoju sytuacji nie przewidywał. Myślę więc, że warto o tym pomyśleć.

Założenia programu są bardzo ambitne. Nie chcę powtarzać tego, o czym mówił pan minister Kraska i o czym mówił pan profesor Hryniewiecki, ale na kilka aspektów chciałbym zwrócić szczególną uwagę, bo one są dramatycznie ważne. Pierwsze, wyrównanie dostępu geograficznego do usług kardiologicznych. Jest to bardzo ważne zadanie w obrębie tego programu. Wprowadzenie nowych rozwiązań organizacyjnych, programów koordynowanej opieki, nowych technologii farmakologicznych i wyrobów medycznych, to jest niezwykle istotne. My często czekamy dekady na powszechne wdrożenie wielu metod terapeutycznych. Mam nadzieję, że ten program znacznie skróci ten proces.

Musimy również zdawać sobie sprawę z tego, o czym mówił dosyć obszernie profesor Hryniewiecki, że zaproponowane dotąd programy profilaktyczne nie cieszą się powszechną aprobatą naszych współobywateli. Dwadzieścia programów profilaktycznych w siedmiu województwach, w sumie 50 tys. osób, to jest tylko 0,14% naszej populacji. Program 40 Plus to 300 tys. osób, które zakończyły, na 20 mln planowanych. Myślę,

że musimy powiązać realizację tych programów profilaktycznych z dostępnością do opieki medycznej.

Założenia programu opierają się na rzetelnej ocenie sytuacji epidemiologicznej w Polsce przeprowadzonej przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, za co, myślę, trzeba podziękować tej instytucji. Jakie mamy wyzwania? Przede wszystkim przywrócenie korzystnego trendu w zakresie spadku umieralności i chorobowości. Mówię tutaj o tym trendzie, który gdzieś w roku 2014 został zahamowany i już nie odwrócił się. Nie mówię o tych dwóch ostatnich latach, które oczywiście są zupełnie inne.

Druga rzecz, o której już wspominałem, wydłużenie życia bez ograniczenia sprawności. Wdrażanie nowych metod diagnostycznych i terapeutycznych, zarówno farmakologicznych, jak i nie farmakologicznych.

Cele programu, również ich kwestionowanie, jest poza wszelką dyskusją. Trzeba to zrealizować, musimy to zrobić i im wcześniej to zrobimy, tym po prostu wcześniej będą efekty. Dotyczy to zachorowalności, chorobowości, różnic regionalnych, o których mówiłem, zredukowania poziomu klasycznych czynników ryzyka.

Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że w okresie pandemii zdecydowanie mniejsza liczba osób była identyfikowana jako obciążona czynnikami ryzyka, które są powszechnie modyfikowane. Musimy sobie zdawać sprawę z tego, że modyfikalne czynniki ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego są w stanie w 60% wydłużyć życie bez ograniczenia sprawności.

Poprawa organizacji badań naukowych – jeszcze za moment do tego wrócę – i ukończenie procesu taryfikacji, jest to bardzo istotne. Rzeczywiście w ciągu ostatniej dekady obserwowaliśmy spadek wyceny niektórych świadczeń. W tej chwili dysponujemy bardziej zaawansowanymi technologiami, ale również technologiami droższymi. Myślę, że to pilna potrzeba, ale nie tylko w ramach narodowego programu. Myślę, że powinniśmy to wdrożyć jak najszybciej na podstawie współpracy z Ministerstwem Zdrowia.

Obszary działania: inwestycja w kadry, niezwykle istotna inwestycja w edukację, profilaktykę i styl życia, tu nie ma dyskusji; inwestycja w pacjenta: pacjent musi być współodpowiedzialny za stan swojego zdrowia; inwestycja w naukę i innowacje, inwestycja w system opieki kardiologicznej.

Proszę państwa, Polskie Towarzystwo Kardiologiczne popiera założenia i cele programu, i chętnie by się włączyło w jego realizację. Myślę, że nie tylko Polskie Towarzystwo Kardiologiczne, ale i Polskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego, Polskie Towarzystwo Lipidologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Problem jest tylko taki, że nigdzie nie jesteśmy wymienieni jako podmiot uczestniczący, a myślę, że to źle.

Nie mogę z państwem nie podzielić się pewnymi obawami, ale wydaje mi się, że są jeszcze pewne drobne rzeczy... Nie wchodzę tutaj w założenia, cele programu, które są święte i nie powinny być w ogóle oddawane dyskusji.

Pierwsza rzecz. Uważam, że sukces programu będzie zdecydowanie szybciej osiągnięty i będzie większy, jeżeli włączymy w jego realizację większą liczbę różnorakich podmiotów, które będą miały jakiś wpływ na jego kształt i wydatkowane pieniądze. Budżet 270 mln rocznie jest kwotą ogromną, ale jak już mówiłem, zadania tego programu są również duże. Proszę pamiętać, że w ramach programu POLKARD realizowane były tylko zakupy inwestycyjne, czyli w infrastrukturę, zakup aparatów diagnostycznych, zakup aparatów terapeutycznych.

Chciałbym tylko wskazać skalę problemu. Opieka szpitalna nad chorymi z niewydolnością serca – jest to jedna z epidemii w Polsce, jeżeli chodzi o choroby nieinfekcyjne, o czym mówił również pan profesor Hryniewiecki – to są wydatki rzędu 1,5 mld zł. Oczywiście zdajemy sobie sprawę z tego, że trzeba przesunąć wydatkowanie tych pieniędzy z opieki szpitalnej na opiekę w ramach podstawowej opieki specjalistycznej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, i mimo, jak widać, braku limitów na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w dziedzinie kardiologii, to na razie nie jesteśmy w stanie wszystkich pacjentów odpowiednio wcześnie diagnozować i leczyć, co myślę, że jest związane jednak z wyceną świadczeń.

Bardzo się cieszę się, że program wspomina o szerokim wprowadzaniu programów koordynowanej opieki. Jak państwo wiecie, wiele z tych programów opracowanych wspólnie przez Polskie Towarzystwo Kardiologiczne i Ministerstwo Zdrowia odniosło niebywały sukces, że wspomnę pogram KOS-Zawał, profilaktyczny pogram „Zdrowe Dzieci, Zdrowa Młodzież, Zdrowi Dorośli", również ostatnio realizowany z Ministerstwem Zdrowia w okresie pandemii „Nie zostań w domu z zawałem".

Mamy przygotowaną realizację programów KONS. Jest gotowy praktycznie Program Kompleksowej Opieki Zdrowotnej nad Chorymi z Migotaniem Przedsionków. Ta arytmia odpowiedzialna jest za olbrzymią niepełnosprawność w polskiej populacji.

Mamy praktycznie gotowy do wprowadzenia program monitorowania urządzeń wszczepialnych. Nawet był projekt rozporządzenia. Prace nad jego wdrożeniem zostały wstrzymane – mam nadzieję, że na krótką chwilę. Mamy program hipercholesterolemii, który też próbujemy wspólnie z Ministerstwem Zdrowia dostosować do aktualnych potrzeb oraz problem leczenia wad zastawkowych.

Myślę, że bardzo istotna – co jest również w programie – jest deklaracja wprowadzania innych podmiotów jako realizatorów rejestrów medycznych. To jest bardzo ważne. Dlatego myślę, że nie chcielibyśmy popełnić pewnej niezręczności, która wzbudziła sporo emocji przy wprowadzaniu Krajowej Sieci Kardiologicznej. Myślę, że zwiększenie liczby realizatorów różnych projektów, które będą realizowane w ramach tego programu, jest niezwykle ważne. Mówimy o programach specjalistycznych i kształceniu podyplomowym, o reformie polskiej kardiologii, kardiochirurgii, angiologii i chirurgii naczyniowej, ale myślę, że też trzeba wspomnieć o neurologii, diabetologii, szczególnie w tych częściach, które obejmują choroby układu sercowo-naczyniowego.

Centra doskonałości kardiologicznej, czyli centra na trzecim stopniu referencyjnym proponowane w programie 4–6. Pan profesor Hryniewiecki mówił o rozszerzeniu krajowej sieci o kolejne pewnie dwa. Ja myślę, że musimy trochę szybciej wprowadzać to rozszerzenie i włączyć w tym drugim rzucie 3, 4, może 5 kolejnych regionów.

Kolejna rzecz, która wydaje mi się słuszna. Jeśli chodzi o te centra doskonałości kardiologicznej planowane 4 do 6, to myślę, że warto pomyśleć o dziewięciu. Dlaczego o dziewięciu? Dlatego, że 9 podmiotów kształcących, czyli 9 uniwersytetów medycznych, nadzoruje minister zdrowia i na bazie tych podmiotów warto rozważyć właśnie stworzenie tych centrów doskonałości. Pozwoliłoby to nam na pokrycie całego kraju, bo Narodowy Program Chorób Układu Krążenia jest programem populacyjnym, który ma jak najszybciej osiągnąć cele w całym kraju. Dziewięć, czyli: zachodniopomorskie, pomorskie pewnie z kujawsko-pomorskim, warmińskie razem z podlaskim, mazowieckie, lubelskie samo a być może w połączeniu, podkarpackie z małopolskim, śląskie z opolskim, dolnośląskie i wielkopolskie z lubuskim.

Kilka rozwiązań szczegółowych. Rzeczywiście ta inwestycja w kadry jest bardzo istotna, ale myślę, że warto włączyć w te programy szkolenia nie tylko towarzystwa naukowe, które takowe programy redagują, chociażby na poziomie Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, także inne towarzystwa naukowe, ale też przedstawicieli jednostek, które kształcą, czyli uczelni medycznych. To tam prowadzone są studia stacjonarne magisterskie w zakresie medycyny, czyli lekarskie, lekarsko-dentystyczne i innych specjalności medycznych. Oczywiście Narodowy Instytut Kardiologii, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego również są podmiotami, które uczestniczą bardzo szczegółowo w kształceniu podyplomowym, ale również towarzystwa naukowe.

Te programy, które realizujemy na bazie kongresów, konferencji, w Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego, są bardzo duże. Myślę, że wykorzystanie tych umiejętności tylko spowoduje, że ten program będzie bardziej efektywny. Kształcenie nawet w takich wyrafinowanych technikach jak opieka nad pacjentami z wszczepionymi układami do wspomagania krążenia być może umożliwi to, żeby ta terapia była terapią docelową, a nie tylko pomostową do przeszczepu serca.

System umiejętności i certyfikacji, to jest bardzo ważny element kształcenia i oceny efektów kształcenia. Przypomnę, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne opracowało, kontynuuje i realizuje przydzielanie certyfikatów umiejętności zarówno lekarzom w zakresie wybranych procedur, jak i ośrodkom, w których wykonywane są te procedury.

Gotowe są w ramach kardiologii inwazyjnej, elektroterapii, elektrofizjologii, obrazowania, zwłaszcza echokardiografii, monitorowania EKG. Myślę, że współpraca towarzystwa, a przede wszystkim osób, realizujących tę certyfikację, byłaby pożyteczna...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Panie profesorze, ja chciałbym trochę przeprosić, żeby zmierzać jednak do konkluzji, bo jesteśmy w dużym niedoczasie...

Prezes PTK Przemysław Mitkowski:

Do końca. Dobrze, panie przewodniczący. Ja może przejdę w takim razie do konkluzji.

Myślę, że najważniejszą rzeczą jest to, żeby włączyć możliwie jak najwięcej podmiotów, które będą współuczestniczyły w realizacji tego programu. Myślę również, że te centra doskonałości kardiologicznej powinny być pozbawione limitów, jeżeli chodzi o wykonywanie świadczeń i umożliwić im wprowadzanie wybranych technologii, które komisja uzna, że są już do wprowadzenia, nie są jeszcze refundowane, ale mają znak CE i możliwość łączenia różnych świadczeń wysokospecjalistycznych. Jestem też przekonany, że warto w tej chwili zwiększyć kompetencje Krajowej Rady do spraw Kardiologii, tym bardziej że przewodniczącym rady jest również konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii.

I na zakończenie, to już ostatnie zdanie, tylko jedna rzecz. Trochę zaskoczył mnie taki zapis, że minister właściwy do spraw zdrowia we współpracy z Narodowym Instytutem Kardiologii im. Stefana kardynała Wyszyńskiego – Państwowym Instytutem Badawczym, po przyjęciu przez rząd ustawy budżetowej na dany rok, określa podział środków finansowych pomiędzy poszczególne obszary programu i działania oraz sposób i zakres ich realizacji. Myślę, że warto do tego procesu włączyć również Krajową Radę do spraw Kardiologii. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za bardzo obszerne wystąpienie pana profesora, szefa Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Jeszcze parę osób zapisało się do głosu, proszę więc o syntetyczną wypowiedź. Jako pierwszy, pan profesor, pan poseł Maksymowicz. Proszę uprzejmie.

Poseł Wojciech Maksymowicz (Polska2050):

Panie przewodniczący, panowie profesorowie, Wysoka Komisjo, tutaj przebrzmiewało to delikatnie w wypowiedziach pana ministra – żałuję, że już musiał wyjść, bo może warto by było, żeby jednak te tematy docierały do decydentów głównych – też pan profesor o tym wspominał, że choroby układu krążenia to oczywiście nie tylko serce, nawet nie tylko duże naczynia. To również drugi w kolejności zabójca, jeżeli chodzi o krążenie mózgowe. To większa znacznie niepełnosprawność osób, które mają incydenty niedokrwienia mózgowego czy też krwotoczne mózgowe. Mamy tutaj znanie większe niedomogi niż w przypadku kardiologii.

Mogę o tym powiedzieć śmiało, ponieważ byłem tym ministrem, który 23 lata temu wprowadził powszechne finansowanie procedur wysokospecjalistycznej inwazyjnej kardiologii jako pierwszej potrzeby, która wtedy się rysowała, co do tej pory jakoś ewoluuje wraz z bogactwem kraju, które jest bez porównania większe niż wtedy. Ale jeżeli chodzi o zabiegi analogiczne w zakresie tej samej praktycznie choroby, jeżeli chodzi o patogenezę, tylko trudniejsze zwykle ze względu na specyfikę naczyń mózgowych, to jesteśmy ciągle jeszcze w niedostatku i niedosycie. Warto to podkreślić. Tego mi trochę zabrakło. W tym programie to powinno się znaleźć, i to w każdym aspekcie. To znaczy, zarówno w oszacowaniu procedur, w prowadzeniu epidemiologii, w weryfikacji aktualnych rozwiązań organizacyjnych, które powiedzmy sobie szczerze, były awaryjne.

Trzeba było coś zrobić – poszedł pilotaż. Przecież ten pilotaż nie służył temu, żeby uznać, czy to jest dobre czy nie, bo na całym świecie było wiadomo, że tak trzeba robić, tylko nie stać nas było na więcej. Potem to się rozszerzyło, ale powszechności takiej, jak w przypadku chorób serca w działalności inwazyjnej nie ma, a jest to rzeczywiście trudniejsze zadanie, ponieważ jest i opór środowiskowy, jest tam rywalizacja, również rywalizacja związana z przychodami niektórych, którzy próbują wszystko zrobić, żeby

niekoniecznie było to zbyt powszechną procedurą. No różne są te mechanizmy. Trzeba to zanalizować i trzeba to brać pod uwagę w perspektywie wieloletniej.

Dotyczy to również badań. To również trzeba uwzględnić koniecznie, żeby w badaniach, tych już dotyczących konkretnych chorób, nie zapomnieć o tym. Nie tylko powiedzieć tak jak pan profesor. Zrozumiałe, prezes towarzystwa kardiologicznego... I jeszcze do tego niewątpliwie neurolodzy.

Myślę, że też trzeba zweryfikować, czy mądre było, może było efektywne na początku – takie biurokratyczne odłączenie oddziałów udarowych od oddziałów neurologicznych, ponieważ to z punktu widzenia rozliczeń, jakichś takich działań czysto biurokratyczno-finansowych miało znacznie, ale bardzo osłabiło polską neurologię, która przecież zawsze zajmowała się chorobami krążenia mózgowego. Nie powinno tak być, że to się odłącza, bo koniec końców również lekarze neurolodzy w poradniach, w ambulatoryjnej opiece zajmują się tymi chorymi. Tak samo zajmują się profilaktyką, ale to muszą być wspólne działania, chociaż w zasadzie też powinno się wzmocnić podstawową opiekę zdrowotną w tym zakresie profilaktycznym. To jest wspólne dla chorób układu krążenia. Dziękuję bardzo. Proszę o uwzględnienie...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo za syntetyczną wypowiedź. Sądzę, że przedstawiciele ministerstwa też to zanotowali, ale panie profesorze, system zawsze fluktuował, szukał różnych rozwiązań. Pewnie to nie są eksperymenty, tylko poszukiwania najbardziej racjonalnych rozwiązań. Poproszę pana przewodniczącego Hoca, a później na łączach pan poseł Hardie-Douglas.

Poseł Czesław Hoc (PiS):

Dziękuję bardzo. Panie ministrze, panowie profesorowie, właściwie tylko wyjaśnienie. Pan minister wyszedł teraz na salę posiedzeń i odpowiada między innymi i na moje pytanie o szczepienia w aspekcie uchodźców.

Proszę państwa, oczywiście trudno zabierać głos po takich autorytetach kardiologii, natomiast oczywiście po wnikliwych informacjach państwa profesorów, bardzo obszernych zresztą, kilka pytań. Ponieważ tutaj nie ma pana ministra, to bardzo proszę panią dyrektor i pana dyrektora o ewentualne zapisanie moich wątpliwości albo pytań, żebym potem mógł uzyskać odpowiedź.

Po pierwsze, oczywiście profilaktyka. Rzeczywiście, panowie profesorowie, to jest bardzo ważne, tylko mamy teraz Profilaktykę 40 Plus i szczerze mówiąc tam mamy profil lipidowy, glukozę, badanie miarowości rytmu serca, mamy kwestię wskaźnika masy ciała i badanie ciśnienia tętniczego. I to jest profilaktyka naprawdę bardzo istotna. Natomiast właściwie chciałbym spytać pana ministra i panów profesorów, dlaczego ten program umyka. On 1 lipca ub.r. został wdrożony i szczerze mówiąc nie jest jakoś popularyzowany, a to jest naprawdę program, z którego moglibyśmy skorzystać jako społeczeństwo.

Jeszcze raz powtarzam, praktycznie wszystkie czynniki, oprócz palenia tytoniu, które w aspekcie profilaktyki są bardzo istotne, a więc cholesterol, ciśnienie tętnicze, wskaźnik masy ciała, cukier, to są bardzo poważne kwestie. Prosiłbym tu albo składam wniosek, żeby zmobilizować, zaktywizować, zintensyfikować te działania, bo ten program w jakiś sposób jest niezauważalny. Tak mi się przynajmniej wydaje jako lekarzowi, a też jako obywatelowi.

Druga sprawa. Kwestia kardiologii inwazyjnej. Wiadomo, że w kardiologii inwazyjnej Polska osiągnęła bardzo wielki sukces. To jest niezaprzeczalne. Myślę, że w Europie to jest zauważalne, to na pewno jest sukces całego środowiska kardiologicznego, Ministerstwa Zdrowia. Natomiast paradoksalnie zwiększa się, a nawet kardiolodzy nazywają to epidemią XXI w., problem niewydolności serca. Mamy ponad 1,2 mln ludzi z niewydolnością serca. To jest też jakby paradoksalnie przyczyna sukcesu kardiologii inwazyjnej, bo uratowaliśmy, ale po pewnym czasie może braku odpowiedniej specjalistycznej opieki czy też nadzoru kardiologicznego, ci ludzie, niestety, wchodzą w niewydolność krążenia w mniejszym lub większym stopniu według skali NYHA. Prosiłbym więc, żeby to było kompatybilne, spójne, że mamy sukces i ten sukces trzeba cały czas pielęgnować i utrwalać.

Była tu też kwestia: nowe leki kardiologiczne, nowe terapie. To ja w takim razie pana ministra będę pytał, nie panów, w kwestii refundacji. Wiadomo, że wchodzą teraz leki, te

cukrzycowe... Chodzi o pochodne flozyny. Praktycznie one teraz są przeciwcukrzycowe, ale już gremia międzynarodowe zakwalifikowały je w kardiologii. Czy flozyny, czyli dapagliflozyna i empagliflozyna, będą również refundowane również w aspekcie kardiologii, bo wszędzie już na całym świecie pochodne flozynowe są uznane jako przeciwcukrzycowe, czyli uznano kardioprotekcyjne działanie tych leków? To jest kwestia bardzo istotna.

A jednocześnie, jeśli chodzi o niewydolność krążenia, to leki ARNI, więc cały czas widzę jako... Co prawda pracuję w poradni endokrynologicznej, ale przychodzą już pacjenci z lekami typu ARNI, a więc sakubitryl i walsartan – lek złożony. Dostają pacjenci na razie to w jakiś sposób, ale jest też kwestia, czy taki lek będzie refundowany, bo w świecie on jest refundowany. To bardzo istotna kwestia, jeśli chodzi o niewydolność krążenia, tj. leczenie farmakologiczne.

No i kolejna kwestia – telekardiologia, czyli telemonitoring. Ja nie mówię już o telemonitoringu w aspektach urządzeń wszczepialnych, ale w ogóle. Moglibyśmy teraz, w dobie telemedycyny, naprawdę użyć tę... A tutaj pan profesor chyba tego nie zauważył... To znaczy, nie zahaczył o to. Oczywiście ja wiem, że w kompleksowości na pewno jest to, ale bardzo bym prosił o wyartykułowanie też tej kwestii, bo to jest bardzo istotne w tym aspekcie. Teraz wszyscy mają układy stymulujące serca, kardiowertery, ICD itd. To wszystko jest bardzo istotna kwestia.

No i oczywiście pan prof. Mitkowski wspomniał o kompleksowej opiece w aspekcie migotania przedsionków. Również nawiązując do pana profesora Maksymowicza. Przecież to jest kwestia leczenia przeciwzakrzepowego. O to mi chodzi. Przecież te wszystkie Xsalerto, Pradaxa, Eliquis, są bardzo drogie, a one są wskazane u ludzi z utrwalonym migotaniem przedsionków w starszym wieku, którzy, szczerze mówiąc, nie mają na to środków. Oczywiście są te przeciwkrzepliwe, jeśli INR się zbada, ale wiadomo, o co nam chodzi.

A nawiązując do pana profesora Maksymowicza, to że w neurologii przy udarze niedokrwiennym jest tak zwanych 6 złotych godzin, czyli trombektomia mechaniczna, to też jest już poważny sukces. I to tylko te kwestie, jakby nawiązując do obszernych wypowiedzi panów profesorów.

No i serdeczne gratulacje i podziękowania za wasz profesjonalizm i za wasze oddanie w aspekcie kardiologii, i nie tylko kardiologii, w aspekcie wszystkich sercowo-naczyniowych incydentów. Jesteście naprawdę profesjonalni i tacy europejscy, światowej klasy działania podejmujecie. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pewnie część odpowiedzi będzie musiała być udzielona na piśmie, bo są wyjątkowo szczegółowe. Nie sądzę, żeby pan profesor mógł rekomendować, co będzie refundowane, a co nie. Z całym szacunkiem, na razie nie ma takich uprawnień. Może szkoda, ale z drugiej strony, ktoś musi pilnować kasy, mówiąc kolokwialnie. Profesorowie – różnie z tym pilnowaniem kasy bywa. Sam byłem lekarzem, to zawsze narzekałem, że pieniądze mi przeszkadzają, to znaczy, ich brak przeszkadza w leczeniu. Poproszę pana posła Hardiego-Douglasa o zabranie głosu, jeżeli jest z nami na łączach.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jestem. Słychać mnie?

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, proszę uprzejmie.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Spróbuję się pokazać. Może wyłączę kamerę, przepraszam, bo mam kłopot i jest jakiś pogłos. Proszę państwa, jak część z państwa zapewne wie, mam przyjemność przewodniczyć pracom parlamentarnego zespołu do spraw kardiologii. W spotkaniach uczestniczy bardzo reprezentatywna grupa kardiologów i konsultant krajowy, praktycznie cały zarząd Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, przedstawiciele instytutów kardiologii, ale też wielu kardiologów pracujących w tak zwanym terenie.

Rozmawiamy o przeróżnych sprawach, zwykle zresztą uzyskując konsens. Chciałbym właśnie jedną z takich spraw poruszyć.

Pan profesor Hryniewiceki bardzo ładnie mówił o zamierzeniach, o pewnej takiej futurologii, ale nie poruszono właściwie spraw kondycji i wykorzystania tego, co już mamy. Chodzi mi konkretnie o kondycję kardiologii interwencyjnej w Polsce, o czym mówił troszkę pan poseł Hoc. Temu tematowi poświęciliśmy jedno z ostatnich spotkań zespołu i właściwie wszyscy mówili jednym głosem... Halo...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Proszę kontynuować. Są jakieś niewielkie...

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Jest jakiś pogłos straszny. Nie potrafię sobie z tym poradzić...

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

...pan zdecydował się nie włączać kamery, żeby nie zakłócać czegoś, co jest ważniejsze, czyli słów.

Poseł Jerzy Hardie-Douglas (KO):

Doczekaliśmy się jednej z najlepszych w Europie sieci ośrodków kardiologii inwazyjnej. Kilkanaście lat temu doszło do spektakularnej poprawy sytuacji chorych z ostrą chorobą wieńcową, z dokonującymi się zawałami. Zmniejszyła się na jakiś czas liczba chorych z niewydolnością serca, ponieważ to nie jest tak, jak mówił pan poseł Hoc, że to jest jakby pochodna sukcesu kardiologii inwazyjnej, że wzrasta liczba pacjentów z niewydolnością serca. Jest dokładnie odwrotnie.

Kiedy wszystko świetnie szło, po uzyskaniu opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, NFZ drastycznie obniżył finansowanie procedur z kardiologii interwencyjnej. Po kilku latach doszło do sytuacji, w jakiej jesteśmy w tej chwili, narastającego deficytu finansowego ośrodków kardiologii interwencyjnej. Kliniki i oddziały, które zajmują się między innymi stentowaniem naczyń wieńcowych, dopłacają do swojej pracy. Kardiolodzy uciekają do oddziałów wewnętrznych, do AOS-ów. Oddziałom brakuje pieniędzy na amortyzację sprzętu. To jest niezwykle istotna sprawa, którą naprawdę możemy szybko załatwić.

Przysłuchiwał się tutaj naszej rozmowie między innymi pan dyrektor Dzięgielewski i przyznawał i mówił, że zainicjuje w AOTMiT-ie rozmowę na temat znacznego zweryfikowania wyceny tych procedur. Na razie wzrost wyceny procedur nawet nie pokrywa olbrzymiej inflacji, z jaką mamy do czynienia w tej chwili. Tak więc bardzo proszę, żeby państwo na to zwrócili uwagę i naprawdę tą sprawą się zajęli, bo ona niweczy to, co z trudem uzyskaliśmy w ciągu ostatnich kilkunastu lat. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. O głos poprosiła pani Dorota Ronek, sekretarz Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych. Pani prezes, bardzo bym poprosił, w miarę krótko, bo czas nas goni.

Niestety, nie słyszymy pani. Proszę mikrofon włączyć. Prawdopodobnie są jakieś sprawy techniczne, w związku z tym proszę o telefon do naszych informatyków. Jest kwestia potwierdzenia logowania się.

W związku z tym poproszę o głos panią doktor Miszczak-Knecht, konsultanta krajowego w dziedzinie kardiologii dziecięcej. Jeżeli z nami jest, to w międzyczasie... Pani doktor, proszę uprzejmie.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej Maria Miszczak-Knecht:

Dzień dobry. Mam pierwsze pytanie, czy mnie słychać.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Tak, dobrze.

Konsultant krajowy w dziedzinie kardiologii dziecięcej Maria Miszczak-Knecht:

Mam przyjemność po raz pierwszy uczestniczenia w posiedzeniu Komisji. Niestety, z zupełnie obiektywnych przyczyn nie mogłam być od początku i nie uczestniczyłam w tej dyskusji, zapoznałam się tylko wcześniej z materiałami, które zostały mi przesłane.

Oczywiście cały program jest ciekawy, natomiast jako kardiolog dziecięcy nie zauważyłam, żeby w ogóle temat pediatryczny był poruszany. Oczywiście jeżeli mówimy o kardiologii to trzeba pamiętać, że dzieci będą dorosłymi za chwilę i inwestycja w prawidłowy rozwój układu krążenia w dzieciństwie i profilaktyka chorób układu krążenia nie zaczyna się po 40. r.ż. Po 40. r.ż. możemy mieć wczesne wykrywanie chorób, ale profilaktyka zaczyna się już w dzieciństwie. I to jest udowodnione w momencie, kiedy dochodzi do rozwoju miażdżycy i wszystkich pochodnych rzeczy, że to dzieje się w okresie wczesnego dzieciństwa, również na etapie nawyków. Moje pytanie jest więc oczywiście takie, czy w szczegółowym programie będzie ujęta ta grupa pediatryczna.

Poza tym, jeżeli chodzi o jeszcze jedną grupę pacjentów, której też nie widziałam w programie, to jest grupa pacjentów z wadami wrodzonymi serca, a jest to bardzo rosnąca grupa pacjentów. Mamy coraz lepszą operatywę wad wrodzonych serca na poziomie pediatrii i ich pacjenci dożywają okresu dorosłego, co nie znaczy, że kończą im się problemy kardiologiczne. Tak naprawdę, one dopiero się zaczynają. Od co najmniej 10 lat walczymy o to, ażeby stworzyć w Polsce system przekazywania z opieki pediatrycznej do opieki kardiologów dorosłych pacjentów po operacjach naprawczych wad wrodzonych serca i wydaje mi się, że to jest ten moment, kiedy powinniśmy o tym pomyśleć i uwzględnić to w projekcie badania.

Natomiast jeżeli chodzi o inwestycje w naukę i rozwój, to z naszego punktu widzenia, z punktu widzenia kardiologii dziecięcej, ogromnie istotna jest też inwestycja w kardiologię perinatalną, którą mamy absolutnie na światowym poziomie. Tak naprawdę ten poziom zabiegów w kardiologii perinatalnej, który zmienia historię naturalną niektórych wad wrodzonych serca, posiadają tylko trzy ośrodki na świecie: warszawski, bostoński i Linzu, a Warszawa nie ma swojego miejsca, gdzie te zabiegi byłyby wykonywane i jest cały ciąg innych problemów. Nie chcę w nie wnikać szczegółowo, bo już do ministerstwa wpłynęła taka informacja z naszej strony również z propozycjami rozwiązań, ale uważam, że w momencie tworzenia projektu te aspekty należy uwzględnić.

Wracając, profilaktyka chorób krążenia zaczyna się w dzieciństwie, a nie w okresie 40. lat życia. Tu musimy położyć nacisk na rehabilitację, opracować zasady zwalniania dzieci z zajęć wychowania fizycznego. To jest oczywiście po mojej stronie, ale dobrze byłoby to wszystko uwzględnić już na tym etapie organizowania programu.

Drugi aspekt, to aspekt kompleksowej opieki nad pacjentem z wadą wrodzoną serca i połączenia jakby. Szczegółowe propozycje rozwiązań były pokazane ministerstwu – jeszcze raz podkreślam. A trzeci aspekt to kardiologia perinatalna. To gwoli sygnalizacji problemów, które ja widzę, a których próby ujęcia niestety nie widzę w programie.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Czy możemy wrócić do pani Doroty Ronek, czy nie bardzo? Czy jest wykonana IOP – ilościowa ocena personelu? To jest takie pytanie pani Doroty Ronek. Rozumiem, że liczba osób, które chciały zabrać głos, wyczerpała się.

Ja muszę powiedzieć, że oczywiście dużo tu było aspektów stricte medycznych. Sprawami medycznymi zajmuje się lekarz w stosunku do pacjenta. My tu zajmujemy się zdrowiem publicznym, czyli ewentualnie wybieraniem priorytetów, a niewątpliwie choroby układu krążenia od serca poczynając, do neurologicznych i innych, są zdecydowanie jednym z najważniejszych i priorytetowym zadaniem.

Ja chciałbym podziękować za przygotowanie tej informacji i tego narodowego programu. Pojawiły się pewne pytania, które mówią o tym, jak jest z wdrożeniem, bo papier, jak państwo doskonale wiecie, wszystko wytrzyma, gorzej jest potem z praktyką.

Jeżeli można poprosiłbym pana profesora i pana dyrektora o bardzo skrótowe odpowiedzi na takie skondensowane pytania problemowe. Proszę pana profesora na początku, a później pan dyrektor i spróbujemy to potem podsumować. Dziękuję bardzo.

Pełnomocnik ministra zdrowia do spraw Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032 Tomasz Hryniewiecki:

Dziękuję bardzo. Może na początku wątpliwości pana profesora Mitkowskiego, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne nie jest reprezentowane odpowiednio silnie i wymienione w programie. Chciałbym tylko zwrócić uwagę, że w Krajowej Radzie do spraw Kardiologii jest 17 członków, z tego jest 14 profesorów, członków PTK, w tym trzech prezesów towarzystwa. Aktualny prezes, poprzedni i jeszcze poprzedni prezes towarzystwa są członkami Krajowej Rady do spraw Kardiologii. I oczywiście zapraszam do dalszych prac w realizacji programu. Nie wyobrażam sobie, żeby to było możliwe bez udziału PTK, zresztą również innych towarzystw naukowych z obszaru chorób układu krążenia, jak na przykład Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, ale nie tylko.

Uwagi pana profesora Maksymowicza – jak najbardziej pamiętamy o tym, że to nie jest tylko kardiologia, że to Narodowy Program Chorób Układu Krążenia i te choroby naczyniowe w innych specjalnościach są niesłychanie istotne. Spośród nich neurologia, neurochirurgia to są bardzo istotne obszary i tam są projekty również zaplanowane, jeśli chodzi o wczesne wykrywanie udarów i wczesne wykrywanie migotania przedsionków w udarach, profilaktyka tego rodzaju chorób – profilaktyka, która przecież jest wspólna – chorób miażdżycowych, również miażdżycy tętnic dogłowowych czy mózgowych. To wszystko jest więc tam uwzględnione i na pewno o tych aspektach nie zapomnimy.

Jeśli chodzi o uwagi pana posła Hoca – profilaktyka. No właśnie to mówiłem w tym na pewno za długim wystąpieniu, że trzeba zwiększyć skuteczność tych działań profilaktycznych, różnych programów profilaktycznych, bo niektóre z nich były naprawdę bardzo dobre. Cóż z tego, skoro pacjenci z nich nie skorzystali? Postaramy się więc to zmienić. Być może włączenie szerokie lekarzy medycyny pracy i jakaś forma obligatoryjności wykonywania tych działań profilaktycznych jest niezbędna, żeby zwiększyć ich skuteczność.

Jeśli chodzi o niewydolność serca, uwzględnienie niewydolności serca, jak najbardziej. To jest jeden z głównych i rosnących problemów. Zresztą to dotyczy całego świata. I oczywiście uwzględniamy te problemy. Tego rodzaju rozpoznanie jest uwzględnione wśród czterech ścieżek w Krajowej Sieci Kardiologicznej i szczegółowe propozycje są tam zawarte.

Jeśli chodzi o telemedycynę, o tym też wspinałem. Chcemy z tego korzystać coraz szerzej. Na tym poziomie bardziej zaawansowanym bez telemedycyny, jeśli chodzi o monitorowanie różnych, coraz bardziej skomplikowanych urządzeń w kardiologii, nie poradzimy sobie na pewno.

Nowe leki, nowoczesne leki szerzej dostępne dla naszych pacjentów, zarówno, jeśli chodzi o niewydolność serca to jak najbardziej, ale również zaburzenia lipidowe. To są bardzo istotne i strategiczne obszary, bo być może te inwestycje tutaj będą znacznie bardziej ekonomicznie uzasadnione, jeśli tak już od tej strony nielekarskiej mogę powiedzieć, zwłaszcza jeśli decyzje będą podjęte bardzo szybko. To jest więc absolutnie uwzględnione i to doceniamy.

Pani doktor Miszczak-Knecht, konsulat wojewódzki w dziedzinie kardiologii pediatrycznej – o dzieciach mówiłem w swoim wystąpieniu, zwłaszcza o tych działaniach z zakresu zdrowia publicznego, że to jest konieczne, żeby na wczesnych etapach o tym mówić, przyzwyczaić i wprowadzić nowe nawyki, których nam jako społeczeństwu bardzo brakuje. Wydaje się, że o tym wspominałem.

Wady wrodzone u dorosłych, wady wrodzone u dzieci – jak najbardziej są to kolejne obszary, które muszą być włączone do systemu koordynowanej opieki kardiologicznej. Na razie mamy cztery wybrane obszary w pilotażu Krajowej Sieci Kardiologicznej. To jest niewydolność serca, tak jak mówiłem, doceniamy ogromne i rosnące znacznie tej grupy chorych, bo to jest grupa chorób, grupa rozpoznań. Tak więc, w tej chwili są to: niewydolność serca; zaburzenia rytmu i przewodzenia; wady zastawkowe serca i nadciśnienie tętnicze, ale nie każde, tylko nadciśnienie oporne i wtórne, bo tutaj tego systemu rozpoznawania wczesnego i leczenia dla nie lekarzy... To są unikatowe sytuacje, kiedy nadciśnienie można wyleczyć, a nie leczyć przez kilkadziesiąt lat. Wybraliśmy więc te najbardziej wydaje się zaniedbane w kardiologii obszary. Kardiologia interwencyjna

to również bardzo istotne, ale przecież jako środowisko przez lata pokazywaliśmy, że to jest sukces, bo jest sukces. Są bardziej zaniedbane obszary.

Czy to wszystkie obszary, które wymagają zainteresowania? Jasne, że nie. Wady wrodzone – jak najbardziej ten system musi być wprowadzony. Zatorowość płucna – kolejny obszar, który wymaga szybkiej zmiany, bo tam niezbędne są szybkie interwencje i szybkie kierowanie pacjenta do odpowiednich ośrodków. O tym wszystkim pamiętamy i zakłady, że będzie to rozszerzane, że ten pilotaż będzie, i tutaj też były takie głosy.

Szybsze rozszerzenie pilotażu o kolejne województwa – jak najbardziej. Myślę, że to jest do rozważenia. Dodatkowym argumentem, żeby przyspieszyć ten pilotaż jest właśnie okres postpandemiczny, kiedy musimy walczyć nie tylko z zaniedbaniami wielo, wieloletnimi w kardiologii, ale i nowymi, związanymi z tym deficytem wynikającym z ograniczonego dostępu do szpitali i do ochrony zdrowia w czasie pandemii. Być może jest to dobry moment, żeby o tym pomyśleć, żeby rozszerzyć obszar pilotażu i zakres tego pilotażu, więc jak najbardziej tak.

Pan poseł Hardie-Douglas – kariologia inwazyjna. Jak najbardziej kardiologia inwazyjna jest naszym sukcesem na pewno i wymaga podtrzymania. Jeśli chodzi o finansowanie, to oczywiście konieczna jest wycena poszczególnych procedur. Jeśli chodzi o liczbę ośrodków, rozplanowanie tych ośrodków, to też jest potrzebna odpowiednia ocena, zwłaszcza w aspekcie niedoboru kadr, o którym mówimy. To wykorzystanie musi być w tej chwili naprawdę bardzo racjonalne i perfekcyjne, a więc trzeba też szczegółowo patrzeć na mapę. Są to jednak problemy, o których można by mówić godzinę. Ja myślę, że tak w skrócie na te pytania, co mogłem, odpowiedziałem. Bardzo dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Bardzo dziękuję. Proszę pana dyrektora o kilka zdań na ten temat. Będziemy powoli zbliżali się do końca naszego posiedzenia.

Dyrektor Departamentu Lecznictwa w MZ Michał Dzięgielewski:

Boję się, że po tak szczegółowym wystąpieniu pana profesora ja już nie mam punktów, do których mógłbym się odnieść. Oczywiście pamiętam o uwadze pana posła Hardiego-Douglasa, przewodniczącego zespołu do spraw kardiologii – byłem tam rzeczywiście i mówiłem o AOTMIT-ie i o tym, że będziemy rozważali poddanie tego pod wycenę. Natomiast cały problem polega na tym, że to nie jest oczywiście jeden obszar, z którego zgłaszane są dość duże zaniedbania i braki finansowe.

Trzeba pamiętać, że AOTMiT robi w tej chwili duże projekty związane przede wszystkim z onkologią, ale także mamy nabrzmiały problem pediatrii, no i bieżących kosztów, odnośnie do których AOTMiT musiał porobić pewnego rodzaju symulacje. Między innymi dzięki temu w tej chwili wartości wszystkich umów we wszystkich rodzajach wzrastają o 4,5%. Tak wyszło z uwzględnienia pewnych podwyżek cen nośników i temu podobnych rzeczy. Tak więc mam to w pamięci i wiem, że jedyną metodą, żeby móc sprawdzić, jak to jest z tymi kosztami w kardiologii inwazyjnej, jest dokonanie wyceny przez AOTMiT. W dalszym ciągu o tym pamiętam. Dziękuję.

Przewodniczący poseł Bolesław Piecha (PiS):

Dziękuję bardzo. Pozwolę sobie jeszcze spróbować podsumować tę naszą dyskusję. Bardzo dziękuję panom profesorom za bardzo obszerną informację. Przekraczała ona czasami zdolność pojmowania skromnego posła, jakim ja jestem, o tych przedsięwzięciach, które są proponowane w Narodowym Programie Chorób Układu Krążenia.

Musimy pamiętać również, że oczywiście pilotaże można szybko rozszerzać, ale są zawsze pewne bariery. I oprócz takich prostych barier, jak finansowe, są bariery ludzkie i te bariery ludzkie są chyba najtrudniejsze do pokonania. To są kadry i tego nie da się zrobić na kolejne województwo. Te ośrodki muszą mieć oczywiście odpowiednie oprzyrządowanie organizacyjne, infrastrukturę, no i ktoś musi w nich pracować. Niestety, są to specjaliści o wyjątkowych kwalifikacjach, którzy nie rodzą się – trzeba ich po prostu długo kształcić.

Jeżeli chodzi o sprawę wycen, to oczywiście AOTMiT musi tu działać. Rozumiemy, że jest inflacja. Trudno też opisywać, że inflacja rok do roku 10% to od razu jest wielka rewolucja. Generalnie, jeżeli chodzi o wycenę kardiologii inwazyjnej, to ona była dobrze

wyceniona w dawnych latach, kiedyś tam, no i pewnie dlatego tak mocno się rozwinęła, bo było to też źródło perspektywicznego biznesu medycznego, i tego też nie ukrywajmy, z czego ja się cieszę. Oczywiście musimy też pamiętać o tym, że spektakularne działania służby zdrowia czy ochrony zdrowia, spektakularne zabiegi, spektakularne nowe metody, technologie medyczne, są fajne, ale nie możemy zapominać o tym, co zawsze jest, niestety, u podstawy, to jest podstawowa opieka zdrowotna. Ja bym sobie życzył, żeby państwo specjaliści mogli współpracować z podstawową opieką zdrowotną nie w ten sposób, że podstawowa opieka głównie śle skierowania, tylko żeby również współuczestniczyła w procesie terapeutycznym.

Ja to wiem, bo jestem blisko związany z cukrzycą. Wydaje mi się, że po prostu wiele wszystkich zadań, łącznie z monitorowaniem, leczeniem, przepisywaniem leków i kontrolą powinno być w podstawowej opiece zdrowotnej. Niestety, nadal jest takie przekonanie, że diabetolog powinien wszystko załatwić, a w dzisiejszych czasach, kiedy jeszcze wkroczy telemedycyna, ta współpraca z podstawową opieką zdrowotną musiałaby być ściślejsza. Wtedy też pewnie byłoby więcej czasu, żeby zająć się tym pacjentem albo pierwszorazowym, albo bardziej skomplikowanym, żeby go leczyć.

Profilaktyka to jest tu jednak rzecz najważniejsza, no i oczywiście rehabilitacja, bo te sprawy po interwencjach kardiologii inwazyjnej, niewydolności serca, wiążą się niewątpliwie z naszą genetyką, czyli z wiekiem, ale również z rehabilitacją. Bo to tak jest, że jeżeli komuś przedłużamy życie w okresie ostrym, to coś kiedyś się odłoży. Ta rehabilitacja – również w sensie farmakologicznym, ale też w sensie fizjoterapii czy normalnego ruchu – troszeczkę u nas kuleje. Mam nadzieję, bo ministerstwo przymierza się do pewnej zmiany, jeżeli chodzi o lecznictwo uzdrowiskowe, żeby ono miało charakter bardziej rehabilitacyjny, zwłaszcza w chorobach układu krążenia, a mniej taki charakter, jak to widzimy w programach telewizyjnych pt. „Sanatorium Miłości". To nie jest miejsce na miłość. To jest miejsce na leczenie. Takie jest moje osobiste zdanie.

Jeszcze raz dziękuję państwu za udział w posiedzeniu Komisji. Myślę, że na tym wyczerpaliśmy nasz porządek.

Zamykam posiedzenie dziękując jednocześnie panom profesorom, panu dyrektorowi i panu ministrowi, którego wezwały inne obowiązki. Dziękuję bardzo.